

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse: _____ Ville : _____ Code postal : _____
 Tél. (rés.) : _____ Tél.(travail) : _____ Cellulaire : _____
 Occupation : _____ Qui vous a référé à la clinique : _____
 Courrier électronique : _____

Les messages par courriel sont la meilleure façon de vous informer; rappel de rendez-vous, conseils santé, promotions, rabais, ateliers informatifs, etc. Dans le but de respecter la nouvelle loi canadienne, nous vous demandons de **bien confirmer votre consentement** à recevoir nos communications courriels. Oui

1. Quelle est la raison de votre consultation?

2. Depuis combien de temps ressentez-vous ce problème ?

3. Comment est survenu ce problème?

Graduellement	Subitement
Suite à un accident	Inconnu

4. Votre problème est-il présent ?

100% du temps	70% du temps
50% du temps	25% du temps

5. Est-ce que votre problème

s'améliore s'aggrave ne change pas

6. Votre problème est-il plus intense?

Au lever le jour le soir la nuit

7. Avez-vous déjà consulté pour ce problème?

Non Si oui, quel professionnel? _____

8. Avez-vous déjà eu ce problème auparavant?

Non Si oui, quand? _____

9. Prenez vous des médicaments? Oui Non

Anti-inflammatoire	Anti-douleurs
Diabète	Autre : _____

Avez-vous des problèmes de :

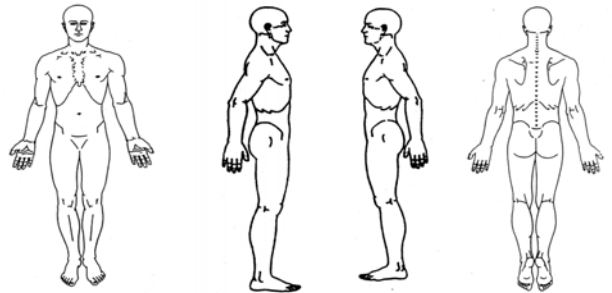
Allergies	Étourdissements/vertiges
Stress	Fatigue/insomnie
Douleurs articulaires	Perte ou gain de poids
Ballonnement/gaz	Mémoire diminuée
Haute/basse pression	Troubles cutanés
Diabète	

10. Consommez-vous des vitamines et suppléments

alimentaires? Oui Non

Lesquels? _____

11. Indiquez sur le schéma les endroits exacts de vos douleurs.



12. Entourez le chiffre qui équivaut à la douleur

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0=pas de douleur, 10= douleur extrême)

13. Date de votre dernier examen :

Chiropratique : _____ Radiologie : _____
 Médical : _____ Sanguin : _____

14. Information importante sur votre santé (maladies, antécédents familiaux) : _____

15. Résultats souhaités?

Soulagement temporaire Correction durable

Section réservée aux femmes

Troubles cardiaques	Crampes abdominales
Troubles circulatoires	Flux menstruel abondant
Troubles respiratoires	Menstruation douloureuse
Troubles digestifs	Pertes vaginales
Système immunitaire faible	Symptôme de ménopause
	Êtes-vous enceinte?

Couverture d'assurance : Oui Non Montant : _____ Oui Non Peut-être

Paiements

Les radiographies, les examens et les soins chiropratiques sont payables à chaque visite, à moins que d'autres arrangements aient été faits au préalable. **Les radiographies sont la propriété de la clinique.**

Déclaration pour tous

Je déclare que toutes les informations ci-dessus sont complètes et exactes et je consens à subir les examens nécessaires.

SIGNATURE : _____ **DATE :** _____